15

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 25 Mars 1908, à 1 heure

PAR

Jean CAILLAUD

DE

La Coexistence de l'Appendicite Chronique ET DE LA HERNIE

Président : M. SEGOND, *professeur*

Juges { MM. DELENS, *agrégé*
GOSSET, *agrégé*
LECÈNE, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne, 1
—
1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Gilbert BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RICHEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fer.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des travaux anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur SEGOND

Professeur à la Faculté de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

DE

LA COEXISTENCE DE L'APPENDICITE CHRONIQUE

ET DE LA HERNIE

INTRODUCTION

Notre maître, M. le Dr Guinard, a attiré l'attention, il y a quelques années, sur les erreurs de diagnostic causées par la coexistence de douleurs d'origine appendiculaire avec une hernie abdominale.

Il ne s'agit pas des cas classiques d'appendicite avec crises bruyantes coexistant avec une hernie, ce sont là des faits depuis longtemps connus et dont le diagnostic différentiel est maintenant établi. Mais M. Guinard avait en vue, en faisant sa communication à la Société de Chirurgie, les cas d'appendicite chronique sans crises, sur lesquels, selon lui, on n'a pas encore suffisamment attiré l'attention, surtout dans les cas les plus atténués de cette affection.

Cette appendicite chronique, presque latente, n'a, en effet, qu'un seul symptôme pour guide, qui est la douleur

abdominale. Pour souligner cette modalité clinique, M. Guinard a proposé de parler alors simplement d'appendicalgie, mot, dit-il, qui ne préjuge en rien de la nature du mal et qui indique bien son origine, tout en n'effrayant pas les malades et leur entourage.

Si un malade, atteint de cette appendicalgie, possède, en même temps, une grosse lésion abdominale « qui crève les yeux » et les plus fréquentes sont certainement les hernies, le malade d'abord, le chirurgien ensuite seront tout naturellement amenés à rapporter la légère douleur abdominale, l'appendicalgie, à une grosse hernie inguinale ou crurale par exemple.

On comprendra facilement l'importance de cette erreur de diagnostic en voyant que ce malade, qui va être simplement opéré de sa hernie, seule diagnostiquée, continuera à souffrir puisqu'on aura méconnu le point de départ de ses douleurs.

Dans sa thèse de 1898, M. de Pindray rapporte plusieurs observations sur la coexistence de l'appendicite chronique avec des lésions abdominales : hernie, kyste de l'ovaire, fibrome de l'utérus.

Plusieurs années après, M. Guinard, qui avait inspiré cette thèse, en observa de nouveaux cas et fut ainsi amené à faire une communication à la Société de Chirurgie sur cette question. Il déchaîna à ce moment une vive polémique à laquelle prirent part MM. Picqué, Quénu, Walther, Pozzi et Lejars.

C'est à ces faits, à la manière de les dépister, à la façon de les traiter, que nous voulons consacrer ce travail dans lequel nous allons étudier :

1° La situation de l'appendice ;

2° Les symptômes de l'appendicite chronique ;

3° Les caractères anatomo-pathologiques de l'appendicite chronique ;

4° L'exposition des faits cliniques de coexistence d'appendicite chronique et de hernie :

5° Quelques considérations sur la hernio-laparotomie.

Notre maître, M. Guinard, a bien voulu nous donner les observations qu'il a recueillies, c'est à lui qu'appartiennent les matériaux et l'idée de cette thèse, nous tenons à lui en exprimer notre profonde reconnaissance.

Nous remercions tout particulièrement M. le professeur Segond pour le grand honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

Rien de plus variable et de plus important à bien connaître, en pratique, que la situation de l'appendice. Rattaché au cæcum, l'appendice doit suivre cet organe dans sa migration ; or le fond de ce cæcum répond habituellement à l'angle de la jonction de la fosse iliaque et de la paroi abdominale antérieure et tantôt il touche le milieu de l'arcade de Fallope, tantôt, au contraire, il en est distend de quinze à vingt millimètres ou même de quatre, cinq à huit centimètres. Aussi l'appendice est susceptible d'occuper une position élevée, une position base, une position ectopique.

De fait, si on le trouve, règle générale, dans la fosse iliaque droite (position ordinaire), on peut le rencontrer aussi dans la fosse lombaire droite, devant le rein, ou sous le foie (position élevée ; on l'observe surtout chez les enfants) ; dans la cavité pelvienne (position basse, on l'observe de préférence chez les vieillards) ; dans la fosse iliaque gauche (positions ectopiques). Mais ce n'est pas tout, que le cæcum et son appendice soient en position élevée, ou bien encore en position basse, ou en position ectopique, l'appendice présente par rapport au cæcum lui-même une situation qui varie beaucoup suivant les cas. Il peut être, en

effet, par rapport à lui ascendant, descendant, externe, interne.

Il importe de faire remarquer que si, par rapport au cæcum, l'appendice peut présenter une situation variable, il est un point de cet organe qui occupe cependant une situation à peu près fixe : c'est son point d'abouchement dans l'ampoule cæcale.

Quelle est la proportion de ces différentes positions de l'appendice ?

Si l'on s'en rapporte aux statistiques de Fergusson, de Lockvord et Rolleston, de Laffargue, de Trêves, la situation de l'appendice peut être rapportée à quatre types principaux :

a) *Situation iliaque externe.* — Il occupe la fosse iliaque droite, en dehors du psoas et se porte du côté de l'épine iliaque antérieure et supérieure. (Env. 9 0/0 des cas.)

b) *Situation iliaque médiane.* — L'appendice, retiré plus en dedans, repose sur le psoas, peut même venir en contact avec la colonne vertébrale et la dépasser. (20 0/0 des cas.)

c) *Situation pelvienne.* — 20 0/0 des cas.

d) *Situation ectopique.* — 11 0/0 des cas.

En somme, le point de Mac Burney n'a de valeur absolue que dans un peu plus de la moitié des cas. Lorsque l'appendice est en position élevée, en position basse ou encore en position ectopique, le point de Mac Burney ne répond plus au milieu de la ligne iléo-ombilicale ; il est suivant le cas soit au-dessus, soit au-dessous, soit en dedans. Nous avons vu que le seul point fixe de l'appendice était son point d'abouchement dans le fond du cæcum ; dans les cas

où l'appendice ne sera plus en position normale, il faudra que nous délimitions la situation exacte de ce fond cæcal pour pouvoir affirmer que la douleur que nous provoquons est bien d'origine appendiculaire.

Nous verrons dans la symptomatologie, le moyen de déterminer aussi exactement que possible la situation de ce fond cæcal.

CHAPITRE II

L'appendicite chronique, comme le dit si bien M. Guinard, n'est pas une affection aussi bruyante que l'appendicite aiguë, la symptomatologie en est très atténuée. Si nous nous reportons au traité classique de MM. Le Dentu et Delbet, article de M. Guinard, nous voyons qu'il n'est pas fait mention de l'appendicalgie.

M. Guinard parle bien de l'appendicite chronique, mais c'est pour lui l'appendicite à rechutes, l'appendicite à répétitions. Il range dans cette catégorie les crises de coliques appendiculaires, que Talamon attribuait aux contractions des parois de l'appendice, destinées à chasser un corps étranger, venu du cæcum.

M. Guinard met surtout en lumière que, dans la forme chronique, l'appendicite, au sens anatomique du mot, existe à l'état latent, même dans l'intervalle des crises, et qu'elle n'attend pour se relever sous formes de crises que l'influence de causes variées.

Cette latence de l'appendicite, cette appendicite en puissance, qu'est-ce autre chose, sinon de l'appendicalgie ? Il s'agit, en effet, de malades qui n'ont jamais eu de crises appendiculaires ; les accidents qu'ils présentent ont résisté à tous les traitements. Seule l'ablation de l'appendice les

guérit comme par enchantement. Douleurs et troubles dyspeptiques en sont les signes essentiels ; la douleur peut être spontanée ou peut être provoquée.

La douleur spontanée est très variable ; chez quelques sujets c'est une douleur presque constante, sourde, qui s'exagère au moindre effort, chez d'autres malades, elle n'est guère ressentie qu'à l'occasion des refroidissements, des fatigues, des marches, des promenades en voiture, au moment des règles. Elle a son heure de prédilection ; elle réveille assez souvent le malade la nuit vers 3 heures du matin ; elle se traduit sous forme d'élancements, de sensation, de tension, de gêne.

La douleur appendiculaire est quelquefois parfaitement localisée dans la fosse iliaque droite ; d'autrefois elle est diffuse dans tout l'abdomen ; même dans ce dernier cas, le malade fait souvent remarquer que la douleur part de la fosse iliaque droite ou qu'elle disparaît en dernier lieu dans cette région.

Les douleurs spontanées peuvent offrir des irradiations sous-hépatiques, rénales, elles peuvent se prolonger le long de la cuisse droite ou vers le testicule.

Elles s'associent souvent à une sensation de barre dans la région épigastrique.

La douleur provoquée, comme le fait prévoir le petit chapitre d'anatomie, est variable quant à son siège. Dans la plupart des cas, on la trouve au niveau de la ligne de Mac Burney ou ligne iléo-ombilicale, soit au milieu de cette ligne, soit plus près de l'épine iliaque antérieure et supérieure, soit plus près de l'ombilic. Elle peut se rencontrer au-dessus de cette ligne de Mac Burney ou au-

dessous ou en dedans. Pour affirmer dans ces cas que nous avons bien à faire à l'appendice, il faut que le point où l'on réveille la douleur corresponde au point du cæcum.

La dyspepsie est variable mais à peu près constante. Tantôt on rencontre de simples phénomènes d'atonie gastro-intestinale, se traduisant par des sensations de pesanteur à l'épigastre aussitôt après l'ingestion d'aliments ; par de la distension de l'estomac avec météorisme très appréciable à la palpation et à la percussion ; par de la distension de l'intestin ; par des borborygmes bruyants ; par de la constipation et de la diarrhée. Tantôt cette dyspepsie donne lieu à des phénomènes d'irritation gastrique : faim douloureuse, sensation de brûlure à l'épigastre, momentanément calmée par l'ingestion des aliments mais reparaissant avec plus d'intensité vers la fin de la digestion (Siredey).

Deux symptômes donnent à cette dyspepsie une physionomie spéciale ; le caractère capricieux des troubles digestifs, la facilité avec laquelle se produisent les vomissements. L'anorexie est constante, elle est quelquefois élective pour les viandes rouges et les aliments gras. La constipation est la règle, mais on note souvent des alternatives de diarrhée et de constipation avec pyrosis, flatulences, ténesme rectal. Ces troubles ne tardent pas à retentir sur l'état général ; la fatigue est constante, elle existe même le matin au lever ; le facies est terreux, les yeux sont cernés, la langue est sale ; le malade sent ses forces diminuer, il devient d'un nervosisme extrême ou profondément neurasthénique.

Mais comme le fait remarquer le docteur Guinard, dans

son rapport à la Société de Chirurgie, il y a des formes d'appendicalgie qui ne s'accompagnent pas de symptômes gastro-intestinaux ; il n'y a pas d'entérite muco-membraneuse, pas de constipation opiniâtre, pas de douleur du cordon côlique. Il n'y a rien en somme qui puisse attirer l'attention du côté de l'appendice, sauf la douleur.

Et cette douleur, il est bien difficile de l'attribuer à l'appendice ; comme nous avons vu tout à l'heure elle n'a pas son siège objectif toujours au point de Mac Burney.

Le docteur Guinard l'a souvent trouvée beaucoup plus bas, près de l'arcade crurale et même près du pubis.

Ce siège anormal de l'appendice peut être une cause d'erreur : à quoi reconnaîtra-t-on que la douleur provoquée est bien d'origine appendiculaire ? A ce symptôme, dit le docteur Guinard, c'est qu'une fois le siège de la douleur déterminé par la pression du doigt, on est assuré de la retrouver toujours au même point : « C'est comme si on pressait sur un bouton électrique » disait un malade.

Le caractère objectif de l'appendicalgie est donc la fixité immuable du point douloureux sur un sujet donné ; ce siège pouvant varier d'un malade à un autre sans jamais s'éloigner de la région iléo-cæcale.

Nous avons vu qu'une douleur siégeant au niveau du fond de l'ampoule cæcale, point d'abouchement de l'appendice vermiculaire dans le cæcum, point fixe et immuable de cet appendice, était symptomatique d'une appendicite.

Pour déterminer la situation de l'ampoule cæcale et par suite de son fond, nous aurons recours au palper et à la percussion.

Le malade sera couché sur le dos, la bouche entr'ouverte, les cuisses légèrement ramenées en flexion sur le ventre. Cette attitude a pour effet de relâcher les muscles de la paroi abdominale, on mettra toute son attention à obtenir un complet relâchement des parois de l'abdomen avant de commencer tout palper ; le malade aura pris la précaution d'uriner, afin de faciliter l'examen des parties profondes ; on pourra faire pencher le sujet un peu sur le côté gauche, on palpera d'abord d'une façon légère, puis on déprimera de plus en plus profondément la paroi abdominale pour se rendre compte de la situation du volume de l'ampoule cæcale.

Le palper sera facilité dans bien des cas par l'augmentation de volume de la paroi cæcale, conséquence de l'inflammation appendiculaire.

La palpation permettra de connaître le gargouillement du cæcum dans sa partie déclive, du côté de son fond.

La percussion enfin, nous donnera une légère submatité qui tranchera sur la sonorité du paquet intestinal voisin.

CHAPITRE III

S'il est important de faire un diagnostic classique de l'appendicite chronique pour s'éviter bien des erreurs, il est non moins important de pouvoir dire, lorsqu'on a l'appendice sous les yeux, s'il est, oui ou non, la cause des douleurs pour lesquelles on fait l'intervention.

La longueur normale est de 5 à 8 centimètres, nous devrons donc être mis en défiance en présence d'un appendice un peu long.

Il est flexueux, plus ou moins rectiligne, mais son extrémité, arrondie et mousse, doit être libre dans la cavité abdominale. Son épaisseur varie de 3 à 7 millimètres ; il ne doit présenter aucune modification du côté du péritoine qui le recouvre. La muqueuse doit avoir les mêmes caractères que celle du reste du gros intestin.

Un seul point mérite d'attirer l'attention, c'est son appareil lymphoïde. Celui-ci est formé par un nombre considérable de follicules clos, pouvant se présenter sous la forme de grandes plaques de Peyer.

Très abondante jusqu'à trente ans, ils diminuent de volume et sont moins serrés ensuite.

L'aspect de la cavité de l'appendice est donc plus ou moins mûriforme chez l'adolescent pour présenter un aspect lisse chez l'adulte.

Normalement l'appendice vermiculaire ne doit pas renfermer de matières fécales.

Quelles sont donc les lésions qui caractérisent l'appendicite chronique? L'appendice peut être dans un état de turgescence spéciale ; il apparaît rigide avec un réseau vasculaire injecté. La direction est variable ; au toucher, on a la sensation d'une tige ferme et parfois bosselée en chapelet. A la coupe, on voit que le canal appendiculaire est libre d'un bout à l'autre, et qu'il renferme ou des corps étrangers ou un mucus louche et purulent.

La muqueuse est épaissie sur toute son étendue et présente une sorte d'œdème avec un piqueté hémorragique.

Dans un autre ordre de faits, le canal appendiculaire est rétréci et même obstrué en un point par l'épaississement ou par le froncement de la muqueuse œdématiée. L'appendice au lieu d'être libre peut être adhérent dans une situation fixe.

Dans les cas d'appendicalgie, les lésions paraissent quelquefois si insignifiantes qu'on est vraiment surpris de voir toute douleur disparaître après l'ablation d'un organe qui semblait à peine malade.

Tantôt c'est un appendice long, tantôt c'est une petite bride du méso-appendice qui coude l'organe et s'oppose sans doute à la circulation normale des sécrétions appendiculaires. On trouve alors le canal rempli d'un liquide sanieux, et on voit à la coupe que la muqueuse diffère d'aspects en deça et au delà de la bride ; tantôt l'appendice est gorgé de matières fécales plus ou moins moulées sur son calibre, tantôt enfin les lésions de la muqueuse se traduisent simplement à la vue par un piqueté hémorragique que tous les chirurgiens connaissent bien.

A noter que, lorsque l'on trouve des boulettes fécales

dans ces appendices légèrement enflammés ; en écrasant cette boulette fécale, on rencontre assez fréquemment un petit tricocéphale, si bien que certains parasitologues ont voulu voir, dans la présence de ce tricocéphale, la cause de nombre d'appendicites.

Enfin on peut trouver dans l'intérieur de ces appendices de véritables calculs. Ces calculs sont en général, allongés, cylindriques et terminés en cône à leurs extrémités ; on les trouve rarement arrondis. Ils peuvent être multiples ; leur coloration est souvent brune, et en les écrasant ils sont grenus sous le doigt et comme terreux.

Ils proviennent des voies biliaires, de l'intestin, de l'appendice lui-même. Ce qui domine dans leur constitution, ce sont les sels de chaux associés aux phosphates.

Microsocopiquement, c'est la folliculité qui constitue la lésion essentielle de l'appendicite chronique. Il y a congestion des vaisseaux folliculaires, en même temps que multiplication des éléments lymphoïdes.

Les capillaires peuvent se rompre et donner lieu à ce piqueté hémorragique que l'on rencontre si souvent. Le chorion muqueux est infiltré de leucocytes qui concernent les glandes de Luberkuhn et déterminent en bien des points leur atrophie partielle ou totale.

La couche sous-muqueuse augmente d'épaisseur grâce à la prolifération du tissu conjonctif.

Dans les régions où s'étaient produites des hémorragies interstitielles, on retrouve des dépôts de pigments sanguins modifiés, souvent inclus dans les leucocytes. Les adhérences sont les reliquats du processus inflammatoire péritonéal.

CHAPITRE IV

Les faits de hernie douloureuse et d'appendicalgie passèrent longtemps inaperçus. Quelle est l'histoire des malades présentant la coexistence d'une hernie et d'une appendicalgie ?

1° Ils viennent ordinairement trouver le chirurgien pour être opérés d'une hernie inguinale ou crurale, dont ils souffrent depuis un certain temps. En les interrogeant, on apprend que la hernie précède de longues années l'apparition des douleurs : en un mot cette hernie n'a pas été toujours douloureuse, elle ne l'est devenue que depuis un certain temps.

La hernie se réduit très aisément, la palpation n'en est pas douloureuse et, point capital, les douleurs persistent même quand la hernie est maintenue, bien réduite, par un bandage. Ces faits un peu paradoxaux doivent éveiller l'attention du chirurgien. Celui-ci, en effet, en serrant l'examen du malade, se convaincra que les douleurs tiennent non à la hernie mais à une appendicalgie.

M. Walther, après avoir brillamment exposé tous les signes cliniques de l'appendicite chronique, dit, qu'avec un examen serré, on peut toujours faire le diagnostic. Il est bien certain que, lorsque ces signes existent, l'hésitation

n'est plus permise. Mais nous voulons attirer l'attention sur des cas d'interprétation délicate, dans lesquels on ne trouve qu'un minimum de ces symptômes classiques et c'est pour tous ces faits que nous avons parlé d'appendicalgie.

Nous ne voulons pas dire que la douleur est le seul signe de l'appendicite chronique, mais nous pensons que dans quelques cas, des plus trompeurs, les signes classiques sont très atténués, sinon absents, et qu'alors les caractères de la douleur peuvent encore mettre sur la voie du véritable diagnostic. De cet exposé il faut conclure, que l'on doit se mettre en garde contre les hernies présentant des symptômes douloureux paradoxaux ; dans ces cas là, penser à l'appendicite chronique et en rechercher soigneusement les signes pour prendre une décision opératoire.

2° Les cas de coexistence d'appendicite chronique et de hernie sont-ils fréquents ?

En compulsant le registre d'opérations de M. Guinard, nous avons relevé du 1er juin 1906 au 1er juin 1907, 62 cas d'intervention pour appendicite et sur ces 62 cas nous en avons 7 de coexistence d'appendicite chronique avec hernie, ce qui nous donne une moyenne de 11,2 0/0.

La coexistence de ces deux affections n'est donc pas d'une très grande fréquence, mais enfin elle existe et il est nécessaire que le praticien soit mis en éveil de ce côté pour les diagnostiquer.

Nous avons surtout en vue les hernies volumineuses anciennes qui sont restées des mois indolores, et qui, tout

à coup, font souffrir les malades ; il en est de même pour les hernies qui se réduisent bien. La question se pose principalement pour les hernies droites ; les hernies gauches peuvent, rarement, il est vrai, se compliquer d'appendicalgie, elles sont le plus souvent douloureuses par elles-mêmes. Comme conséquence de ces faits, l'examen des malades devient plus complexe et plus délicat, puisqu'en présence d'un hernieux qui souffre, au lieu d'attribuer tout naturellement la douleur à la hernie, nous aurons à penser à l'appendicalgie.

Il nous faudra rechercher le passé appendiculaire du malade, interroger son cadre côlique, et nous demander si quelque contingence n'est pas l'occasion de douleurs survenant dans une vieille hernie, restée indolore pendant des années.

3° Quel est le siège des hernies ? C'est presque toujours des hernies du côté droit. Les hernies gauches, quand elles sont douloureuses, le sont presque toujours par elles-mêmes, cependant il faut se rappeler que l'appendice est quelquefois assez long pour aller jusque dans la fosse iliaque gauche ; il paraît donc être téméraire de vouloir rejeter d'emblée l'appendicalgie dans ces cas de hernies gauches.

On l'observe d'une façon à peu près égale dans la hernie inguinale ou dans la hernie crurale ; mais ce n'est pas absolument spécial aux hernies de la région du pli de l'aine, car dans un cas (obs VIII), il s'agissait d'une éventration et dans un autre (obs. VII), d'une hernie graisseuse para-ombilicale.

Il s'agissait presque toujours de hernies datant de plu

sieurs années ou même de l'enfance, de hernies difficilement coercibles à cause de leur volume (obs. V, IX, XII, XIII), ou complètement irréductibles (obs. I, VI, XI); et l'on comprend que c'est surtout dans ces cas que l'erreur est commise entre la douleur provoquée par les hernies incoercibles et l'appendicalgie.

L'erreur, au contraire, sera plus facile à éviter si on se trouve en présence d'une hernie habituellement maintenue dans le ventre. Ainsi, dans l'observation II, l'existence d'une hernie molle et rénitente avec un point net de Mac Burney fit poser facilement le diagnostic de hernie inguinale droite avec appendicite chronique.

Très souvent les crises douloureuses, dont se plaint le malade, datent de plusieurs mois, depuis huit mois (obs. VIII), depuis un an (obs. X), depuis six ans (obs. III), parfois au contraire la douleur n'est survenue que depuis quelques jours; quinze jours (obs. XIII, XIV). Dans le premier cas, la persistance de cette douleur induira facilement en erreur le praticien; dans le second, appelé dès le début des accidents, le médecin pensera plus certainement à une affection surajoutée à la hernie.

5° La *douleur* qui est le symptôme primordial qui doit faire soupçonner l'appendicite chronique, et qui en même temps peut induire en erreur, survient en général, sous forme de crise continue; les malades disent qu'ils souffrent depuis trois ou quatre mois et la persistance de cette douleur ferait plutôt songer à la rapporter à la hernie visible. Mais il existe des cas où il s'agit de véritables crises survenant chaque année (obs. II), quequefois même ce sont de véritables coliques et on a pu les prendre pour des

coliques néphrétiques. Dans ces cas, leur tableau clinique se rapproche des coliques appendiculaires mieux connues et plus faciles à dépister pour le médecin.

Un caractère important est de voir ces douleurs persister même lorsque la hernie est rentrée et surtout malgré un repos prolongé au lit. Ces faits nous apparaissent très nettement dans les observations IV, IX, X, XIII, XV, et c'est ce caractère qui a permis à M. Guinard de les attribuer à l'appendicite chronique.

Un second point important qui caractérise bien cette douleur, c'est son siège. Elle se trouve rarement d'une façon nette au point de Mac Burney, c'est-à-dire au milieu de la ligne iléo-ombilicale (obs. II, XI, XIII). En général, la douleur siège au-dessous du point classique. La douleur, dans les hernies, se présente de la façon suivante: La douleur est un élément inconstant, mais qui manque rarement dans le cours de l'évolution d'une hernie. C'est en général une douleur ou du moins une sensibilité anormale *pendant les efforts*. Les pointes de hernie sont fréquemment douloureuses. Lorsque la hernie prend un volume considérable, elle constitue une gêne de plus en plus grande et devient de plus en plus douloureuse en raison des poussées d'épiploïte auxquelles elle est sujette et des adhérences qui sont la conséquence de ces poussées inflammatoires.

Souvent la simple pression de la main calme cette douleur. Dans les cas de hernies épigastriques, de la ligne blanche et même ombilicales, on peut rencontrer une douleur gastralgique s'irradiant à l'épigastre et aux flancs, s'accompagnent de phénomènes dyspeptiques.

D'autres fois la douleur prend la forme de coliques, s'accentue par les temps humides. Enfin notons que la douleur indique très souvent l'irréductibilité d'une hernie.

Signalons enfin, ce dernier caractère, c'est que les douleurs ne sont pas calmées quand on se contente d'intervenir *seulement* sur la hernie. Dans l'observation VII, une hernie graisseuse para-ombilicale opérée, les souffrances de la région stomacale ne cessèrent que lorsqu'on eut fait l'ablation d'un appendice rétro-cæcal, fixé par des adhérences et dans lequel on trouva un triocéphale.

6° Au cours d'une opération faite pour une hernie, l'attention du chirurgien pourra être attirée vers l'appendice, fait qui amènera peut-être la résection de cet organe.

Dans tous ces cas, l'appendice n'est pas dans le sac, il ne s'agit pas d'appendicite herniaire ; c'est en prolongeant l'incision et en examinant le fond du cæcum, que l'attention est attirée par les caractères que présente l'appendice. Ainsi dans l'observation VI, le cæcum était collé contre l'anneau herniaire et on trouva l'appendice coudé par une bride Dans l'observation II, il était adhérent à une masse épiploïque herniée. Dans l'observation VIII, l'appendice se trouvait dans une hernie graisseuse du volume d'une grosse noix due à une éventration post-opératoire. C'est même par suite d'une découverte au cours de l'opération, que M. Guinard fut amené à penser à la coexistence d'appendicite chronique et de hernie. De même dans l'observation I, M. Guinard vit s'écouler du sang par l'orifice herniaire et en cherchant la cause de cette hémorragie, il découvrit un appendice cæcal turgescent, dur, qui contenait un corps étranger, et était la cause des phénomènes

observés. Il sera donc prudent, dans tous les cas douteux, de vérifier, si cela est possible, l'état de l'appendice et de le réséquer si le malade présentait depuis un certain temps des phénomènes douloureux difficilement explicables.

C'est d'ailleurs la cause principale des erreurs de diagnostic, la douleur de cette appendicite chronique siégeant plus bas est ainsi rapportée à la hernie.

Parfois il ne s'agit pas de point nettement douloureux, on ne trouve que de la sensibilité à la palpation profonde de la fosse iliaque droite (obs. XV).

Ces douleurs peuvent revêtir les caractères de simples troubles dyspeptiques (obs. VIII), et c'est en recherchant vers le cæcum que l'on trouve la cause de ces phénomènes pseudo-dyspeptiques. De même, dans l'observation III, les douleurs spontanées paraissaient provenir de l'estomac, elles étaient attribuées aux suites d'une hystérectomie pour fibrome, alors qu'en réalité il s'agissait d'une hernie crurale droite coexistant avec une douleur, siégeant vers l'arcade crurale droite et sous la dépendance d'une appendicite chronique.

7° L'exactitude du diagnostic d'appendicalgie coexistante avec une hernie, sera d'ailleurs confirmée par les résultats opératoires. Dans tous les cas consignés à la fin de ce travail et dus à la pratique de notre maître M. Guinard ; la double intervention, appendicectomie et cure radicale de la hernie ont toujours fait disparaître les accidents douloureux qui avaient conduit le malade à réclamer une intervention chirurgicale.

CHAPITRE V

Le diagnostic de coexistence de hernie et d'appendicite chronique étant posé, comment faudra-t-il intervenir ?

Deux grandes distinctions :

a) La hernie est à droite ;

b) La hernie est à gauche.

Le premier cas est heureusement le plus fréquent.

Le chirurgien aura à faire ce que l'on appelle une hernio-laparotomie. Cette opération est à peu près identique comme temps opératoires au procédé ordinaire de la cure radicale de hernie, elle en diffère par la longueur des incisions.

Premier temps. — Incision des parties molles, recouvrant la hernie avec prolongement de cette incision sur l'abdomen. La longueur de l'incision aura de 10 à 12 centimètres : l'extrémité supérieure viendra presque affleurer la ligne de Mac Burney ; la peau incisée, on sectionne dans la même direction, le tissu cellulo-graisseux jusqu'à l'aponévrose du grand oblique que l'on met à nu complètement.

Deuxième temps. — Incision de l'aponévrose du grand oblique. L'aponévrose tendineuse du grand oblique est sectionnée en prenant garde de blesser les organes sous-jacents ; l'incision se prolonge sur le corps musculaire, on

aperçoit au fond de la plaie le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse, avec, sortant au-dessous d'eux pour gagner les bourses, le cordon voilé par ses enveloppes musculaire et fibreuse, et la masse allongée et arrondie que forment le sac herniaire et son contenu, dissociant parfois les éléments du cordon. Il faudra bien reconnaitre l'orifice inguinal intérieur et à son niveau, en dehors des éléments du cordon, inciser le petit oblique et le transverse sur une certaine étendue en remontant le long de la ligne iléo-ombilicale ; on évitera ainsi l'artère épigastrique, qui si elle était sectionnée, serait liée en haut et en bas. On ouvre ensuite le péritoine à la partie supérieure de la plaie, on est dans la cavité abdominale et on termine l'appendicectomie comme dans les cas ordinaires. On s'occupe alors de la hernie que l'on traite par les procédés habituels. La résection du sac étant faite, on termine l'intervention par un Bassini classique.

Dans les cas de hernie gauche, on est obligé de proposer au malade deux interventions : d'une part, opération de Jalaguier pour l'appendicite, d'autre part cure radicale pour la hernie. Ces deux opérations peuvent être faites dans la même séance, on commencera par l'appendicectomie.

OBSERVATION I

Marie L..., domestique, âgée de vingt-trois ans, entre le 23 février 1897 à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy.

Cette jeune femme demande a être débarrassée d'une hernie inguinale droite, de la grosseur d'un petit œuf de poule, qu'elle porte depuis deux ans. Elle n'est pas venue, dit-elle, réclamer plus tôt le secours du chirurgien, parce que jusqu'ici sa hernie ne l'a nullement incommodée ; et si à l'heure actuelle elle désire une intervention, c'est que depuis une quinzaine de jours elle souffre du côté droit du ventre au point de ne pouvoir continuer son travail.

Le diagnostic de hernie inguinale droite irréductible et douloureuse étant porté, M. le Dr Guinard fait, le 1er mars, la cure radicale de la hernie. A l'ouverture du sac, il trouve l'épiploon solidement adhérent à la paroi séreuse ; il sectionne ces adhérences et attire au dehors une masse épiploïque du volume du point. Il résèque cette masse sous une double soie passée en anse au niveau du pédicule. Au moment où les fils coupés au ras du pédicule, ce dernier est refoulé dans la cavité abdominale, on s'aperçoit qu'il s'écoule par l'orifice herniaire une quantité considérable de sang. M. Guinard supposant que la ligature de l'épiploon n'a pas été suffisamment serrée et qu'il s'est produit une hémorragie intra-péritonéale au niveau du pédicule épiploïque, agrandit aussitôt, avec les ciseaux, sa première incision pour aller à la recherche de ce pédicule dans le ventre. Au cours de ces manœuvres, il rencontre l'appendice cæcal, turgescent et dur (comme en érection), et contenant deux calculs allongés. Il s'aperçoit en même temps que le moignon épiploïque ne saigne pas, et qu'il avait pris pour une hémorragie l'effusion d'une sérosité péritonéale teintée de sang. Il résèque alors l'appendice au ras du cæcum. La guérison étant parfaite, sans aucun incident, la malade quitte l'hôpital.

A l'examen, l'appendice ouvert montre des parois épaisses avec une muqueuse rouge couverte d'arborisations ; le méso-appendice est dur, comme infiltré et rétracté. Les deux calculs, contenus dans la cavité de l'appendice, ont la forme de petits noyaux de dattes et sont constitués par des sels.

OBSERVATION II

Jules C..., garçon marchand de vin, âgé de vingt-quatre ans, entre le 21 avril 1897 à l'hôpital de Lariboisière, salle Nélaton, lit n° 33. Il porte dans la région inguinale droite une hernie irréductible du volume d'un œuf de poule. Le malade dit avoir reçu, il y a quatre ans, un coup de pied de cheval dans cette région, et depuis cette époque il est pris chaque année de crises douloureuses au niveau de la fosse iliaque droite. Il attribue ces douleurs à la présence de sa hernie, et de fait, un examen attentif de la région ne montre rien d'anormal dans la fosse iliaque droite. Il y a cependant un point très douloureux à la pression, nettement localisé au milieu de la ligne qui unit l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Comme la hernie est molle et rénitente sans aucun signe de douleur à la pression ou à la percussion, M. Guinard pense à l'observation de la jeune femme que nous avons relatée dans l'observation I et conclut à l'existence d'une appendicite subaiguë, analogue à celle qu'il avait opérée six semaines auparavant.

Le 26 avril, M. Guinard opère ce malade. Il fait une incision suivant le tracé de Roux et arrive sur un appendice infecté, épaissi, raccourci, adhérant intimement à une masse épiloï-

que. Il résèque l'appendice puis l'épiploon avec le diverticule herniaire qu'il a attiré de bas en haut dans le ventre. Une petite quantité de liquide séreux teinte de sang s'est écoulée de la cavité abdominale au cours de l'opération. La paroi est reconstituée plan par plan, sans drainage,et le malade quitte l'hôpital le 4 juin, guéri sans incident. A l'examen, l'appendice est gros comme le petit doigt sur ses quatre cinquièmes terminaux ; il est sain au niveau du cæcum. Il paraît dur, arborisé et congestionné sur le reste de son étendue. A la coupe on voit que cet appendice est constitué à partir du sommet, sur une étendue de 1 centimètre, par un tissu fibreux, compact, sans canal central perméable ; puis sur une étendue de 2 centimètres la muqueuse présente une ulcération circulaire, profonde, à fond bouillonneux, fongueux. Cet appendice ne contient pas de corps étrangers.

OBSERVATION III

Madame Louise V..., est âgée de cinquante et un ans. Elle souffre de troubles gastro-intestinaux depuis 1897. En août 1902, elle va consulter un chirurgien qui trouve un fibrome utérin et attribue tout naturellement les symptômes douloureux à cette tumeur. L'hystérectomie abdominale est pratiquée dans une ville du centre par un chirurgien des plus distingués de province.

Résultat opératoire parfait, mais l'estomac reste douloureux, et, en mars 1903, l'état de la malade était redevenu exactement

ce qu'il était avant l'hystérectomie. La malade vient alors à Paris et est examinée par un chirurgien qui trouve une hernie crurale droite. La malade entre dans le service de M. Guinard qui constate la hernie et un point douloureux localisé, entre l'arcade crurale et la ligne iléo-ombilicale ; il fait le diagnostic d'appendicite chronique avec hernie crurale, et intervient directement sur l'appendice qui est coudé au niveau de sa partie moyenne par une adhérence solide. L'appendice est turgescent et un peu bosselé, rempli par une bouillie fécale, d'aspect purulent, contenant une graine de fraise et un petit éclat de métal. La muqueuse est parsemée d'un piqueté hémorragique et en trois points on voit une petite ulcération à bords ecchymotiques ; sur un centimètre et demi d'étendue la portion terminale est sclérosée et oblitérée. La guérison a été parfaite.

OBSERVATION IV

Louise D..., de Levallois-Perret, âgée de vingt ans, est envoyée dans le service de M. Guinard pour être opérée d'une hernie crurale droite dont elle souffre depuis un an. Or, en l'interrogeant on apprend que la hernie date de cinq ans ; qu'elle a le volume d'un petit œuf et se réduit très aisément ; les douleurs sont surtout vives au moment des règles et existent même quand la hernie est maintenue bien réduite par un bandage ; point douloureux fixe au-dessus de l'arcade crurale. Le diagnostic d'appendicalgie est fait et on opère le 14 mai 1903. On trouve l'appendice adhérent derrière le cæcum ; il est coudé deux fois,

gros comme un crayon, violacé. Les parois sont épaissies, la muqueuse est criblée d'un piqueté hémorragique et légèrement fongueuse. Guérison parfaite après résection de cet appendice et cure de la hernie.

OBSERVATION V

Il s'agit d'un homme obèse, âgé de quarante-neuf ans, entré dans le service du Dr Guinard pour se faire opérer d'une hernie inguinale droite du volume des deux poings. Cette hernie date de vingt-cinq ans, et comme l'on demandait au malade s'il en souffrait, et si ce n'était pas pour des douleurs qu'il se décidait à l'opération, il affirma qu'il ne se plaignait que d'une gêne croissante. M. Guinard écarta le diagnostic d'appendicalgie. Au cours de la cure radicale de la hernie, après avoir réséqué une énorme masse épiploïque il aperçut dans la profondeur le cæcum et eut l'idée de rechercher l'appendice. A son grand étonnement, il trouva un appendice d'une longueur de 18 centimètres, il l'enleva, l'ouvrit et aperçut cinq à six boulettes calculeuses ; les parois étaient épaisses ; la muqueuse était couverte d'ecchymoses. Le lendemain, en recommençant l'interrogation du malade on obtint l'aveu suivant : « Je n'ai jamais été malade de ma vie, sauf que je suis sujet à des coliques néphrétiques du côté droit. Mon médecin, a-t-il ajouté, m'a dit que j'avais la gravelle. » M. Guinard pense que ces prétendues coliques néphrétiques n'étaient que de l'appendicalgie. Guérison parfaite.

OBSERVATION VI

Jeanne D.., de Bourg-la-Reine, âgée de quarante-cinq ans, a été opérée le 23 novembre dans le service de M. Guinard. Depuis deux ans, elle avait une hernie crurale droite, toujours difficilement réductible, du volume d'un petit œuf. Depuis quatre mois elle est devenue si douloureuse que la malade a dû rester un mois au lit, sans avoir jamais eu ni vomissements ni fièvre. M. Guinard trouva encore ici un point douloureux, fixe, beaucoup plus bas que le point de Mac Burney, tout près de l'arcade crurale. L'opération lui montra un appendice notoirement cause des douleurs qui lui avaient amené la malade. L'appendice était coudé à sa partie moyenne par une bride du méso-appendice et le cæcum était collé contre l'anneau herniaire, ce qui explique pourquoi le point douloureux était si bas. Il fut réséqué et à la coupe on voyait le siège de la coudure au delà de laquelle le canal était renflé, puis rétréci de nouveau en massue jusqu'à sa partie terminale. Guérison parfaite.

OBSERVATION VII

Le 10 février 1902, M. Guinard opère dans son service un malade de trente-neuf ans, Eugène R..., qui souffrait de l'estomac depuis plusieurs années, et était soigné pour la dyspepsie. En l'examinant avec beaucoup de soins, on découvre une hernie

graisseuse para-ombilicale du volume d'un gros œuf de pigeon et on n'hésite pas à attribuer toutes les douleurs accusées par le malade, à cette hernie. M. Guinard en fait la cure radicale ; tout se passe correctement, mais voici que le malade revient en septembre 1903, se plaignant des mêmes douleurs qu'avant l'opération. En l'examinant M. Guinard trouva un point douloureux à droite et pensa à l'appendicalgie. Nouvelle opération et on trouva un appendice turgescent, fixé en arrière du cæcum par quelques adhérences ; à la coupe la muqueuse présente un piqueté hémorragique et une ulcération ecchymotique ; dans une boulette fécale on découvre un tricocéphale. Guérison parfaite.

OBSERVATION VIII

Au commencement du mois de juin 1906, Mme D..., âgée de trente-huit ans, opérée, il y a neuf ans par M. Tissier, vient consulter M. Guinard pour des douleurs abdominales qu'elle ressent depuis quatre mois. Elle attribuait ces douleurs, avec son médecin, à une éventration. M. Guinard trouvait, en effet, au milieu de la cicatrice une hernie graisseuse du volume d'une grosse noix. Ce n'est que sur la table d'opération, au moment où on allait commencer l'anesthésie que l'on pense à l'appendicalgie. M. Guinard alla se rendre compte de l'appendice qu'il trouva criblé de folliculite hémorragique ; il le réséqua et obtint une guérison parfaite.

OBSERVATION IX

Victor T..., vingt-trois ans, journalier, entre à l'hôpital le 2 juillet 1906 dans le service de M. Guinard. Il porte une her-

nie inguinale double depuis l'âge de trois ans. Celle du côté droit est surtout prononcée, elle est du volume d'un poing ; il n'a jamais porté de bandage, n'a jamais souffert, quand il y a quelques mois il a ressenti une douleur du côté droit du ventre. Il souffre presque constamment, même au lit, la hernie étant réduite. On trouve un point douloureux, au-dessous de la ligne ilio-ombilicale. Les fonctions intestinales sont irrégulières depuis longtemps, avec alternative de diarrhée et de constipation. On sent en outre une corde côlique douloureuse et dure dans la fosse iliaque gauche.

Comme on porte le diagnostic d'appendicite chronique, on procède à une hernio-laparotomie et on trouve tout près de l'orifice herniaire un appendice rouge, turgescent, de la grosseur d'un crayon, terminé par une portion très effilée et amincie ; adhérences du méso au cæcum avec traces très nettes de péritonite adhésive. A la coupe, muqueuse très congestionnée avec un piqueté hémorragique.

OBSERVATION X

Amélie V..., vingt ans, fille de restaurant, entre à l'hôpital dans le service de M. Guinard le 15 octobre 1906. Cette malade se plaignit, il y a cinq ans d'une hernie crurale droite, au niveau de laquelle elle ressentit une violente douleur, à ce moment, en soulevant une baignoire pleine d'eau. Depuis ce temps elle a porté un bandage. Depuis huit mois elle a recommencé à souffrir (même la nuit au lit). Elle n'a jamais eu d'enfant. Actuellement elle présente une hernie crurale droite avec un point douloureux au-dessus de l'arcade crurale.

Cette malade est opérée le 23 octobre 1906. On trouve une hernie crurale droite à sac graisseux avec de l'épiploon adhérent. On réséque cet épiploon et on agrandit l'incision jusque dans la région appendiculaire. On découvre un cæcum et un appendice très rouges. L'appendice est gros comme un gros crayon, très adhérent. Il est réséqué et ouvert, à la coupe on trouve quatre lentilles intactes et sur la muqueuse une plaque hémorragique d'une longueur de deux centimètres.

OBSERVATION XI

Joseph B.,, vingt-cinq ans, casquettier, entre à l'hôpital le 20 février 1907. Il est porteur d'une hernie inguinale droite du volume d'une grosse noix.

Depuis quelques mois, cette hernie, qui remonte à plusieurs années et ne l'avait jamais fait souffrir, le gêne et en examinant le malade on trouve un point nettement douloureux au niveau de la ligne ilio-ombilicale. Le diagnostic d'appendicite chronique avec hernie est posé et on fait le 2 mars une hernio-laparotomie.

On trouve un appendicite long et vascularisé ; on le résèque et à l'ouverture on aperçoit une muqueuse très congestionnée avec du muco-pus au fond de l'appendice.

OBSERVATION XII

Marie G..., âgée de vingt-deux ans, couturière, entre à l'hôpital dans le service de M. Guinard le 16 avril 1907.

Cette malade a été opérée, il y a dix ans, à Lariboisière,

pour une hernie inguinale droite qui a récidivé presque immédiatement. La malade n'a pas souffert et n'a pas porté de bandage. Depuis deux mois, cette hernie, qui a le volume d'un petit œuf, est devenue douloureuse. A l'examen on trouve une douleur fixe au niveau de l'arcade crurale, ce qui fait songer à l'appendicite chronique. Opération le 17 avril 1907.

On trouve une adhérence épiploïque à la face postérieure de la cicatrice. L'appendice y est adossé par une bride ; il est long, gorgé de matières fécales et arborisé. On l'enlève et on trouve, à la coupe, de petites boulettes fécales, la muqueuse présente des traînées hémorragiques sur une longueur de huit centimètres.

OBSERVATION XIII

Catherine B..., vingt-deux ans, posticheuse.

Cette malade porte depuis trois ans une hernie crurale droite qui n'a jamais été douloureuse. Elle n'a jamais eu de bandage. Depuis quinze jours, elle ressent une douleur dans la fosse iliaque droite, qui l'a déterminée à venir à l'hôpital.

On se trouve en présence d'une hernie crurale droite du volume d'une mandarine, réductible. Se basant sur ce fait que la malade souffre au lit, la hernie étant réduite et que le point de Mac Burney est douloureux, on pense que ces douleurs sont dues à une poussée d'appendicite chronique. Partant de ce diagnostic, M. Guinard fait le 27 avril 1907 une hernio-laparotomie et trouve l'épiploon remplissant le sac herniaire, il agrandit l'incision et aperçoit un cæcum rouge avec de la péritonite péri-appendiculaire ; l'appendice est rétro-cæcal, collé contre le cæcum, avec une extrémité renflée en massue, rouge viola-

cée. A la coupe, la muqueuse est criblée d'un piqueté hémorragique. On résèque l'appendice, le paquet épiploïque et le sac.

OBSERVATION XIV

Antoine L..., âgé de trente-cinq ans, garçon de café, entre à l'hôpital dans le service de M. Guinard le 5 mai 1907. Il présente une hernie inguinale droite du volume du poing, remontant à plusieurs années, bien maintenue depuis deux ans par un bandage. Elle ne lui avait jamais occasionné de douleurs jusqu'à il y a une quinzaine de jours. Il n'a jamais eu de crise d'appendicite. On trouve un point manifestement douloureux et fixe au-dessous de la ligne iléo-ombilicale, on pense dès lors à de l'appendicite chronique, et on pratique la hernio-laparotomie. L'appendice est pris dans des adhérences très serrées au milieu desquelles il faut le sculpter pour le réséquer. On pratique ensuite la cure radicale de la hernie.

A partir de ce jour toute douleur disparaît.

OBSERVATION XV

Marie G..., âgée de dix-neuf ans, domestique, entre à l'hôpital dans le service de M. Guinard le 26 octobre 1907.

La malade a, depuis l'âge de huit ans, une hernie inguinale qui ne l'a jamais fait souffrir, se réduisant très facilement. Depuis trois ou quatre mois, la malade a ressenti de ce côté des douleurs paraissant dues à la fatigue et se calmant avec du repos. Cependant en palpant profondément la paroi abdominale, on obtient une douleur, toujours au même point, située près de la

ligne iléo-ombilicale, mais un peu au-dessous. On fait le diagnostic d'appendicite chronique et on opère le 30 octobre 1907. On trouve un appendice long, boursouflé, on le résèque et à l'ouverture on voit une muqueuse criblée de points hémorragiques. On fait la cure radicale de la hernie et tout rentre dans l'ordre.

CONCLUSIONS

1° La coexistence de la hernie, surtout de la hernie droite avec l'appendicite chronique sans être fréquente, existe.

2° La connaissance exacte des commémoratifs, un examen clinique approfondi, la recherche minutieuse de la douleur permettront d'en faire le diagnostic.

3° Une hernie, qui se réduit bien, n'est en général pas douloureuse par elle-même, il faut, quand il y a douleur, songer à l'appendicite chronique.

4° Dans les cas de coexistence d'appendicite chronique et de hernie il y a toujours un point douloureux d'une fixité immuable pour un sujet donné, correspondant au fond du cæcum.

5° Lorsqu'on intervient pour une hernie droite et que l'on pense, que les douleurs dépendent de l'appendice, ne pas hésiter à faire une hernio-laparotomie.

6° En cas de hernie gauche, prévenir le malade que les douleurs, pour lesquelles il est venu consulter, peuvent tenir à une autre cause et que, dans ces conditions, la cure radicale sera insuffisante pour faire disparaître l'élément douloureux.

Vu : Le Président de la thèse
SEGOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Bouilly. — Ascite essentielle des jeunes filles. Gazette médicale de Paris, 20 décembre 1896. P. 812.

Talamon. — Causes d'erreurs dans le diagnostic de l'appendicite. Médecine moderne, janvier 1892. P. 15.

Peyrot. — De l'intervention chirurgicale dans l'obstruction intestinale. Thèse d'agrégation de Paris 1880.

Tillaux. — Diagnostic appendiculaire. Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques 1894, p. 842.

Bogdanik. — Epiplocele dextra subacuta appendicitem simulans. Wiener medizinische Presse, 1898, p. 617.

Glantenay. — Presse médicale, 16 avril 1898.

Dieulafoy. — Appendicite. Manuel de pathologie interne. T. III.

Terrier. — Epiplocèle enkystée et inflammée. Bulletin de la Société de chirurgie 1885, p. 432.

Legueu et Beaussenat. — Appendicite à formes néoplasiques. Revue de gynécologie et de chirurgie abdominales. N° 2, avril 1898.

A. de Pendray. — Contribution à l'étude du diagnostic d'appendicite chronique dans le cas de hernie concomitante. Thèse de Paris 1898.

Berger. — Les hernies. Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus. T. VI.

Jaboulay. — Les hernies. Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet. T. VII.

Jalaguier. — Appendicite. Traité de Duplay et Reclus. T. VI

Guinard. — Appendicite. Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet. T. VII.

Guinard. — Les erreurs de diagnostic causées par la coexistence de l'appendicite chronique et de hernies. Bulletin de la Société de Chirurgie. Janvier-Février-Mars 1904.

Walther. — Appendicite chronique. Bulletin de la Société de Chirurgie, 1900.

Savariaud. — Hernies. Pratique médico-chirurgicale. T. III.

Jonnesco. — Appendice vermiculaire. Traité d'anatomie humaine de Poirier, t. IV, p. 366.

Imp. spéciale de la Librairie Rousset, 12, rue Monsieur-le-Prince, Paris